

Luciana Bonnassis Burg

**EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO PARA ENSINO DE
COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS ENTRE ESTUDANTES
DO INTERNATO MÉDICO E MÉDICOS: ESTUDO
CONTROLADO E RANDOMIZADO**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas
da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do Grau de
Mestre em Ciências Médicas.
Orientadora: Prof^a Dra. Suely
Grosseman

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Burg, Luciana Bonnassis

Eficácia de uma intervenção para ensino de comunicação de
más notícias entre estudantes do internato médico e médicos
: estudo controlado e randomizado / Luciana Bonnassis
Burg ; orientadora, Profa Dra. Suely Grosseman -
Florianópolis, SC, 2017.
77 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Ciências Médicas-Novo.

Inclui referências

1. Ciências Médicas-Novo. 2. Comunicação de más notícias.
3. Habilidades de Comunicação. 4. Educação Médica. 5. Relação
médico-paciente. I. Grosseman, Profa Dra. Suely . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Ciências Médicas-Novo. III. Título.

LUCIANA BONNASSISBURG

**EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO PARA ENSINO DE
COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS ENTRE ESTUDANTES
DO INTERNATO MÉDICO E MÉDICOS: ESTUDO
CONTROLADO E RANDOMIZADO**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas.

Florianópolis, 14 de fevereiro de 2017.

Prof. Alexandre Sherlley Casimiro Onofre, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Suely Grosseman, Dr^a.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Rachel Duarte Moritz, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Lara Patrícia Kretzer, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Fernando Osni Machado, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

*Àqueles que verdadeiramente sofrem
com suas enfermidades, que anseiam
por um “olhar além”, um toque, um
sorriso... talvez uma palavra do
médico....e um desejo...”esteja comigo
até o fim...”*

*Aos meus pacientes em cuidado
paliativo que aprendi a tratar... e a
amar...*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antônio Carlos Burg e Maria Eugênia Bonnassis Burg, que há 38 anos acompanham de perto meu crescimento pessoal e profissional e todos os obstáculos e conquistas inerentes a trajetória de vida que escolhi. Amor de filha, sem dimensão.

Ao meu companheiro, Adenor Martins de Araujo Junior, esposo, amigo, braço direito e esquerdo no que se refere a problemas de tecnologia, “salvando-me” durante esses três últimos anos de situações desesperadoras. Meu ouvinte, meu apoio, meu amor. O “pai” da nossa maior parceria: o pequeno Tony.

À minha querida orientadora, Prof^a. Dra. Suely Grosseman, que me inseriu na área de habilidades de comunicação médica, ensinando-me desde os primeiros degraus deste conhecimento, iniciando-me na pesquisa e acima de tudo, fazendo com que eu me tornasse uma pessoa e uma médica melhor após mergulhar na área de comunicação de más notícias. Agradeço a imensa paciência nos últimos anos, a dedicação quase que sem limite, um amor grandioso à docência, um amor ao ensino que faz a diferença na vida das pessoas que por ela passam. Uma professora que ensina para transformar. Agradeço a persistência, a confiança e o “acreditar que eu seria capaz” de construir com sua orientação um ousado projeto dentro da nossa universidade. Hoje sei porque os caminhos da vida me levaram através de curvas sinuosas até conhecê-la. Obrigada! De coração!

Ao Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, pela importante colaboração na análise estatística da pesquisa.

Aos pacientes simulados, que aceitaram o desafio de colaborar com a formação médica, entendendo que os benefícios do projeto estavam muito além dos profissionais, mas estariam nos pacientes, alvo final de todo nosso trabalho. Em especial, a Sra. Lucia Selma de Castro e ao Reginaldo Castro, pessoas valiosas entre o grupo de pacientes simulados.

A minha colega de mestrado Flavia Del Castanhel, sempre disponível a colaborar durante as simulações e um ouvido amigo na hora de “crises”. Chegamos!

Aos amigos médicos queridos Naarai Camboim e Dacio Leonel de Quadros Netto, fundamentais colaboradores para a prática das simulações. Vocês me ajudaram a tornar as dificuldades do processo menores e me estimularam nos momentos áspersos.

Aos pacientes que estiveram sob meus cuidados, estão ou estarão, vocês são o real motivo disto tudo.

A uma luz maior, inominável, invisível, que eu sinto muito além...muito distante...uma guia mestra da minha vida. Obrigada por estar aqui.

“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele, se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração”.

Nelson Mandela

RESUMO

Objetivo: Médicos são geralmente pouco preparados para a Comunicação de Más Notícias (CMN) desde sua graduação. Habilidades em comunicação podem facilitar esta tarefa. Estudos controlados e randomizados são necessários para avaliar o efeito de um treinamento sobre o desempenho para comunicar más notícias, especialmente em estudantes de medicina e jovens médicos. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia de uma intervenção para treinar estudantes de medicina e médicos na CMN, combinando um programa multimídia *online* (DocCom) a um oficina.

Método: Estudo pré-pós-intervenção randomizado e controlado com estudantes de medicina durante o internato e médicos, no Sul do Brasil. Houve 43 participantes no grupo intervenção (GI) e 41 no grupo controle (GC). A intervenção consistiu em assistir o módulo 33 do DocCom, seguido de uma oficina com discussão em pequenos grupos e *role play*. O desfecho foi o desempenho avaliado por meio do Exame Clínico Objetivo Estruturado, filmado e gravado, com uma lista de verificação. A análise de dados utilizou estatística descritiva, Chi-quadrado, teste t de *Student*, coeficiente de correlação de *Pearson*, kappa, alfa-*Cronbach*, análise bifatorial combinada com interação entre momentos e grupos.

Resultados: A análise fatorial identificou dois componentes principais: Habilidades mais específicas na CMN (HCMN) e Habilidades Gerais na Entrevista Médica (HGEM). Os participantes do GI melhoraram no desempenho global após a intervenção ($p = 0.000$; $Eta^2 = 0.5$) e nas HCMN ($p = 0.000$, $Eta^2 = 0.35$), mas não nas HGEM ($p = 0.6$) quando comparado ao GC. Não houve diferença entre o desempenho de estudantes e médicos nas HCMN ($p = 0.2$). Nenhuma associação foi encontrada entre o desempenho e outras variáveis.

Conclusão: A intervenção para treinar participantes para a CMN comprovou sua eficácia com grande tamanho de efeito nas HCMN, sem diferença entre o desempenho de estudantes e médicos.

Palavras-chave: Comunicação de más notícias. Habilidades de Comunicação. Educação Médica. Relação médico-paciente.

ABSTRACT

Purpose: Medical students and physicians are generally poorly prepared for Delivering Bad News (DBN). Communication skills can facilitate this task. Controlled and randomized studies are needed to evaluate the effect of training on the performance to DBN, especially in novices. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of an intervention to train medical students and physicians for DBN, combining an online multimedia program (DocCom) and a workshop.

Method: Pre-post intervention randomized controlled study with medical students during clerkship and physicians in South Brazil. There were 43 participants in the intervention group (IG) and 41 in the control group (CG). The intervention consisted of watching DocCom module 33, followed by a workshop with discussion in small groups and role play. The outcome was the performance in an Objective Structured Clinical Examination on DBN, rated from videos with a checklist. Data analysis used descriptive statistics, Chi-square, Student's t test, Pearson correlation coefficient, kappa, alpha-Cronbach, factor analysis and mixed between-within subjects analysis of variance.

Results: Factor analysis identified two principal components: specific communication skills for DBN (DBNS) and communication skills for general medical interview (GMIS). The participants of the IG improved in the overall performance after intervention ($p = .000$; $\text{Eta}^2 = 0.5$) and both in DBNS ($p = 0.000$, $\text{Eta}^2 = 0.35$) but not in GMIS ($p = 0.6$) when compared to CG. There was no difference between students' and physicians' performance in DBNS ($p = 0.2$). No association was found between performance and other variables.

Conclusion: The intervention to train participants for DBN proved its efficacy with large effect size in communication skills to DBN, without difference between medical students and physicians's performances.

Key words: Delivering bad news. Communication skills. Medical education. Physician-patient relationship.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ensino recebido, preparação, conforto, confiança e satisfação para a Comunicação de Más Notícias (CMN) ou para Lidar com Emoções Fortes (LEF) de 86 participantes ^a , separados por categoria dos participantes (interno ou médico) e por grupo (intervenção ou controle) em Florianópolis, 2015-2016.	38
Tabela 2 - Análise Fatorial ^{a,b} da Lista de Verificação do <i>Objective Structured Clinical Examination</i> (OSCE) para a Comunicação de Más Notícias.	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho do Estudo e Distribuição da Amostra.....	30
Figura 2 - Desempenho global (escore médio total – escore T), por habilidades gerais na entrevista médica (HGEM) e por habilidades mais específicas na comunicação de más notícias (HCMN) no <i>Objective Structured Clinical Examination</i> (OSCE) pré-intervenção (OSCE I) e pós-intervenção (OSCE II) de todos os participantes do estudo [GI = grupo intervenção (n=43) e GC grupo controle (n=41)] com análise de efeito de tempo e interação pela análise bifatorial .	41
Figura 3 - Desempenho global (escore médio total – escore T), por habilidades gerais na entrevista médica (HGEM) e por habilidades mais específicas na comunicação de más notícias (HCMN) no <i>Objective Structured Clinical Examination</i> (OSCE) pré-intervenção (OSCE I) e pós-intervenção (OSCE II) dos médicos [GI = grupo intervenção (n=26) e GC = grupo controle (n=25)] e análise de efeito de tempo e interação pela análise bifatorial .	42
Figura 4 - Desempenho global (escore médio total – escore T), por habilidades gerais na entrevista médica (HGEM) e por habilidades mais específicas na comunicação de más notícias (HCMN) no <i>Objective Structured Clinical Examination</i> (OSCE) pré-intervenção (OSCE I) e pós-intervenção (OSCE II) dos estudantes do internato [GI = grupo intervenção (n=17) e GC (grupo controle (n=16)] com análise de efeito de tempo e interação pela análise bifatorial .	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACH	Academia Americana de Comunicação em Saúde
CMN	Comunicação de Más Notícias
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
DG	Desempenho Global
DP	Desvio Padrão
DUCOM	<i>Drexel University College of Medicine</i>
HCMN	Habilidades mais específicas na Comunicação de Más Notícias
HGEM	Habilidades Gerais na Entrevista Médica
IC	Intervalo de Confiança
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PS	Paciente Simulado
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
SPANOVA	Split-Plot Analysis of Variance
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVO.....	27
2 MÉTODO.....	29
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	29
2.3 COLETA DE DADOS	32
2.3.1 Questionário I.....	32
2.3.2 Questionário II.....	32
2.3.3 Lista de Verificação para Avaliação do Desempenho em Consultas Simuladas	33
2.3.4 Detalhamento sobre o OSCE	34
2.3 ANÁLISE DE DADOS.....	35
2.3.1 Análise quantitativa	35
2.3.2. Análise qualitativa.....	36
3 RESULTADOS.....	37
3.1 CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE O PROCESSO DE CMN.....	37
3.2 ESTRUTURA FATORIAL DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DO OSCE	39
3.3 Desempenho dos participantes	40
3.4 Percepção dos Participantes do GI após intervenção	44
3.5 Análise qualitativa dos questionários	44
3.5.1 Questionário pré-intervenção.....	44
3.5.2 Questionário pós-intervenção.....	46
4. DISCUSSÃO.....	49
5 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE	61
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	62
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO I (pré-intervenção).....	66
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO II (pós-intervenção).....	68
APÊNDICE D - FICHA DO EXAMINADOR	71

APÊNDICE E - Estações Clínicas – <i>Objective Structured Clinical Examination (OSCE)</i>	72
ANEXO.....	73
ANEXO A.....	74
ANEXO B.....	76

1 INTRODUÇÃO

A Comunicação de Más Notícias (CMN) é uma prática médica frequente, usualmente difícil e estressante para médicos, pacientes e familiares. Ainda que esta tarefa possa ser facilitada por referenciais como SPIKES, ABCDE, BREAKS e os “seis passos”, estudos têm mostrado que os médicos geralmente não estão preparados para a CMN.^(1,2,3,4,5, 6) Pesquisas realizadas na Nigéria⁽⁷⁾, Inglaterra^(8,9) e nos Estados Unidos⁽¹⁰⁾ constataram que os médicos participantes tinham pouco conhecimento sobre a existência de algum referencial teórico para a CMN e aqueles que haviam recebido qualquer treinamento prático consideraram-no geralmente inadequado. Além disso, alguns desses médicos relataram experiências pessoais ruins em CMN e escassez de modelos positivos.

Isso poderia explicar, em parte, o fato da maioria dos médicos não lidarem apropriadamente com os sentimentos dos pacientes ao comunicar más notícias, tampouco considerarem suas expectativas e preocupações. Uma abordagem insensível causa insatisfação, desconforto e estresse para ambas as partes, provoca um impacto negativo na capacidade de adaptação dos pacientes e familiares, além de gerar um aumento no número de processos judiciais.^(11,12)

A leitura de referenciais para a CMN pode auxiliar, mas de forma isolada parece não ser suficiente e efetiva para o aprendizado. Por isso, muitos autores reforçam a necessidade de treinamento teórico-prático durante a graduação, na pós-graduação e na educação continuada.^(8,10) Entretanto, estudos têm demonstrado que este treinamento não tem ocorrido de forma sistemática durante a formação.^(13,14)

As habilidades em comunicar más notícias podem e devem ser ensinadas, porém ainda há dúvida sobre as intervenções que surtem melhores efeitos em seu aprendizado.^(15,16) Na literatura, constata-se que as estratégias de ensino utilizadas geralmente associam aulas teóricas a discussões em pequenos grupos, *role play* (interpretação com troca de papéis), entrevistas ou dramatizações com pacientes padronizados, em cenários simulados, observação direta e *feedback*.^(17,18) Menos comumente, têm sido utilizadas intervenções com material multimídia através de vídeos didáticos exemplificando situações de CMN, narrativas, vídeos demonstrando situações para discussão e filmagem do próprio desempenho com posterior revisão e reflexão.^(19,20,21,22) Vários estudos foram realizados para avaliar os efeitos do treinamento na CMN. Contudo, muitos são descritivos e apenas avaliam aspectos subjetivos relacionados aos participantes.^(14, 23-29) Como exemplo, cita-se o estudo

de Hurst *et al.* Os autores desenvolveram um programa longitudinal experimental no currículo do curso de graduação em medicina da Universidade de Genebra, Suíça. O programa era constituído por seminários com grupos de 10 estudantes, em que nos primeiros quinze minutos eram discutidos aspectos éticos sobre contar a verdade em situações que envolviam más notícias. Em seguida, havia uma prática com duração de 60 minutos, momento em que cada estudante atuava entrevistando um paciente simulado encenando o papel de uma jovem pianista com esclerose múltipla. Esse estudante era assistido pelos outros estudantes e recebia um *feedback* do facilitador e do paciente simulado ao término da encenação. A entrevista era realizada por cada um dos estudantes, seguindo os mesmos passos. Apesar dos autores terem avaliado os efeitos antes, um mês e dois anos após a intervenção, incluindo variáveis como: escolha adequada das palavras, comportamento apropriado, adaptação e suporte ao paciente, empatia, conforto para lidar com as próprias emoções, além das preocupações do paciente, não foi avaliado o desempenho prático dos estudantes.

Entre os estudos que avaliaram a eficácia do treinamento no desempenho prático para comunicar más notícias, a maioria constatou alguma eficácia. Alguns envolveram estudantes de medicina,^(22,30,31,32,33) mas a maior parte dos treinamentos foi direcionada a médicos^(34,35, 36,37), especialmente em oncologia⁽³⁸⁾. Nesta área uma metanálise avaliou a eficácia de intervenções para treinar habilidades de comunicação e encontrou efeito pequeno a moderado na melhora da CMN após a intervenção. Para alguns autores, esse tamanho de efeito pode ser explicado pelo fato de o público alvo ter sido de médicos especialistas, com um conhecimento teórico-prático prévio em CMN, ocasionando um “efeito de teto” (*ceiling effect*). Eles sugeriram que mais estudos primários deveriam ser desenvolvidos com novatos, para possibilitar a análise comparativa do desempenho destes em relação ao de profissionais experientes.⁽³⁹⁾

Chung *et al.*, em recente revisão sistemática sobre a efetividade de intervenções junto a profissionais da saúde para treinar habilidades de comunicação no final de vida, incluindo a comunicação de más notícias, quando comparadas ao ensino usual, concluíram que, apesar dos estudos constatarem melhora no desempenho, a qualidade das evidências era baixa. As limitações apontadas pelos autores que dificultavam a comparação entre os estudos foram a heterogeneidade das estratégias utilizadas, a variação na duração dos treinamentos e a ausência de um grupo controle⁽¹⁹⁾. Dentre os estudos que avaliaram o desempenho dos participantes sem grupo controle estão os de Mortsiefer *et al.*, Dikici *et*

al., Chumpitazi *et al.*, Ellman *et al.* e Back *et al.*^(24,30,40,41,42). Dentre estes, Back *et al.* realizaram um programa de treinamento de 4 dias com 115 *fellows* (médicos em especialização) em oncologia, nos Estados Unidos, para melhorar as habilidades em CMN, demonstrando a aquisição de seis novas habilidades após a passagem pela intervenção. Dikici *et al.*, realizaram na Turquia uma intervenção educacional com 146 estudantes de medicina associando aulas expositivas, reflexões e discussões em pequenos grupos. Os alunos passaram por *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) com pacientes simulados (PS) e os autores verificaram a eficácia do ensino pelo desempenho dos estudantes logo após a intervenção e em seis meses. Já Mortsiefer *et al.*, na Alemanha, desenvolveram um projeto de ensino em educação médica integrado à graduação onde estudantes do quarto ano foram submetidos a um tutorial antes do OSCE e após tiveram oportunidade para *feedback* individual como estratégia de ensino.

Entretanto, estudos controlados e randomizados são menos frequentes na literatura. Alguns possuem amostra pequena^(22,34,35), tendo sido encontrado apenas quatro com maior número de participantes^(33, 36, 37, 38). A população destes estudos foi de médicos em sua maioria^(34, 35, 36, 37, 38) e apenas dois incluíram estudantes de medicina^(22, 33). Entre os estudos com menor número de participantes estão o de Daetwyler *et al.*, Szmuiłowicz *et al.* e o de Alexander *et al.*^(22,34,35). Na *Duke University Medical Center* Alexander *et al.* realizaram um estudo com 56 residentes, divididos em 2 grupos, e seu desempenho foi avaliado por meio de entrevistas gravadas com PS em duas estações clínicas de CMN antes e após um curso de 8h utilizando material audiovisual, discussão em pequenos grupos e *role play*. Os autores constataram melhora no desempenho do grupo de médicos que passou pela intervenção. Já Daetwyler *et al.*, na Filadélfia, em estudo com 55 estudantes do terceiro ano de medicina, divididos em 3 grupos, investigaram a eficácia de uma intervenção para ensino em habilidades de comunicação utilizando os módulos do DocCom, associados ou não a uma entrevista *online* com pacientes simulados, os quais avaliaram o participante com uma lista de verificação (*WebOSCE*) e forneceram *feedback* imediatamente após a entrevista, demonstraram maior eficácia da intervenção para o grupo que associou o DocCom ao *WebOSCE*, em relação apenas a quem assistiu ao DocCom e ainda mais em relação ao grupo controle, que não sofreu qualquer intervenção. Szmuiłowicz *et al.* constataram a eficácia de um curso de comunicação de más notícias para 49 residentes nos Estados Unidos com duração de 8 horas, por meio do desempenho em um OSCE antes (seguido por *feedback*) e outro OSCE após 14 a 28 dias.

Entre os estudos com maior número de participantes estão os de Yedidia *et al.*, Lienard *et al.* e Fallowfield *et al.*^(33,36,38) Na Bélgica, Lienard *et al.* realizaram um programa de treinamento em CMN para 98 residentes com duração de 40 horas, incluindo discussão em pequenos grupos, com facilitador, *role play* e *feedback*. O desempenho dos participantes foi avaliado por meio de OSCE com PS antes e após o treinamento para o grupo intervenção e após oito meses para o grupo em lista de espera. Houve melhora no desempenho em alguns aspectos para o grupo que recebeu a intervenção entre eles o fornecimento de informações guiado pela demanda do paciente e a realização de maior número de questões abertas. Fallowfield *et al.* avaliaram a eficácia de um curso de três dias com 160 oncologistas de 34 centros da Inglaterra, randomizados em 4 grupos [1.(grupo controle), 2. (grupo curso), 3. (grupo com feedback escrito) e 4. (grupo associação de curso e feedback)]. O curso consistiu em atividades como *role play* com PS, discussões mediadas por facilitador em pequenos grupos e um *feedback* estruturado com revisão das consultas gravadas. A avaliação foi feita pelos participantes, facilitadores e pelos pacientes simulados, sendo observado melhor desempenho dos médicos após o treinamento utilizando as técnicas associadas. Yedidia *et al.* desenvolveram um estudo com 293 estudantes do terceiro ano de medicina de três escolas médicas, avaliando seu desempenho em habilidades de comunicação em dez estações (sendo uma delas de CMN) antes e após uma intervenção educacional com prática nas habilidades de comunicação em situações diversas, engajando os estudantes à autorreflexão sobre suas atuações. O modelo de ensino utilizado na intervenção foi inserido num currículo novo constatando uma melhora global no grupo que recebeu a intervenção, em especial no que se refere à estação de CMN, onde houve uma melhora significativa no aspecto da negociação e compartilhamento de decisões. O grupo que não recebeu a intervenção (controle), não recebeu nenhum modelo educacional de atenção para a comparação.

O presente estudo foi desenvolvido, levando em conta a necessidade de mais estudos primários controlados e com amostra apropriada, que propiciasse a comparação entre o efeito de intervenções educacionais entre estudantes de medicina e médicos na CMN.

Nossa hipótese foi que uma estratégia de intervenção para ensinar estudantes do internato e médicos para comunicar más notícias, combinando um programa multimídia *online* (DocCom) a uma oficina com *role play* poderia melhorar o desempenho na CMN e que os

estudantes obteriam um maior ganho no desempenho com a intervenção em relação aos médicos.

1.1 OBJETIVO

Avaliar a eficácia de uma intervenção associando um módulo multimídia *online* do programa DocCom a uma oficina para ensino na CMN em estudantes do internato e médicos.

2 MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

O delineamento do estudo foi de pré e pós-intervenção, controlado e randomizado. O estudo foi desenvolvido entre os anos 2014 e 2015.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 33292114.6.0000.0121, de 25/08/2014) e seguiu todos os preceitos éticos (Anexo A).

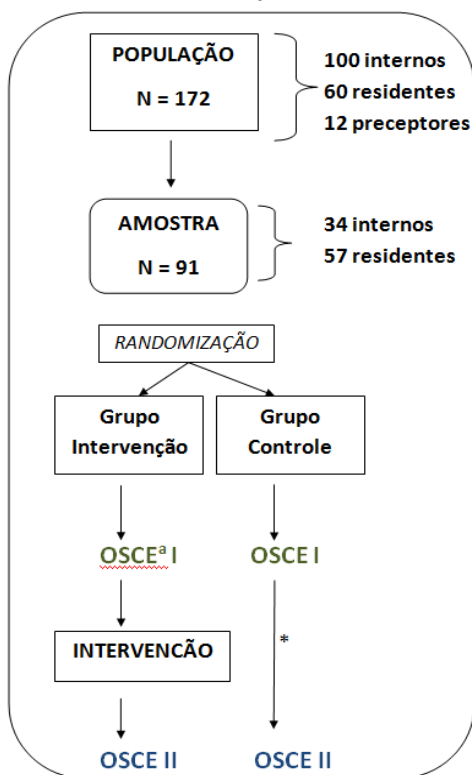
O universo foi composto por 172 pessoas, incluindo 100 estudantes de medicina do internato (cursando o 10º e 11º semestres do curso) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 60 médicos residentes, sendo 36 da Medicina Interna do Hospital Universitário da UFSC e 24 da Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), além de 12 preceptores da rede municipal de assistência básica da PMF. Todos foram convidados, pessoalmente ou por email a participar do estudo. Foram explicados os objetivos do estudo, seu método, riscos, benefícios e garantia de sigilo e anonimato, assim como a possibilidade de desistência em participar a qualquer momento, sem que houvesse prejuízo. Deixou-se claro que o participante seria aleatoriamente selecionado para fazer parte do grupo intervenção ou controle e que o grupo controle ficaria em lista de espera para participar do treinamento após o término da coleta de dados. Os critérios de inclusão foram aceitação e disponibilidade em participar do estudo. Aos que concordavam em participar, marcou-se um dia para sua participação inicial na pesquisa.

Calculou-se a amostra considerando-se 95% de chance de detectar, em um nível de significância de 5%, um aumento no desempenho no grupo controle de 5% e de 35% no grupo intervenção. Isto resultou no cálculo de uma amostra de 80 participantes, 40 por grupo.⁽⁴³⁾ Incluímos no estudo as primeiras 91 pessoas que aceitaram o convite para garantir que a amostra fosse alcançada em caso de perdas. Os participantes que aceitaram o convite foram estratificados por categoria (estudante e médico), sendo a seleção realizada de forma aleatória nos grupos intervenção e controle através do programa *OpenEpi - Random Number Generator*, disponível em <http://www.openepi.com/Random/Random.htm>⁽⁴⁴⁾. A amostra foi composta por 34 estudantes do internato (37.4%) e 57 médicos (62.6%), sendo 31 residentes do primeiro ano, 22 residentes do segundo ano, 2

residentes do terceiro ano e 2 preceptores. O grupo intervenção (GI) foi composto por 46 participantes (50.5%) e o grupo controle (GC) por 45 (49,5%).

Quatro residentes do GC desistiram de participar do estudo antes da primeira etapa (consulta simulada); um estudante e dois residentes do GI desistiram após a primeira etapa. A amostra final foi composta então por 87 participantes [34 estudantes (39.1%) e 53 (60.9%) médicos]; 84 participantes completaram todas as etapas da pesquisa (92.3% da amostra inicial). Um fluxograma é apresentado na figura 1 para facilitar a compreensão da distribuição da amostra do estudo. O grupo controle ficou em lista de espera para receber a intervenção após coleta de dados.

Figura 1 – Desenho do Estudo e Distribuição da Amostra



^a *Objective Structured Clinical Examination*

*após o OSCE II foi oferecido ao grupo controle o ensino com as técnicas utilizadas na intervenção

2.2 A INTERVENÇÃO

A intervenção associou a aprendizagem auto dirigida à distância de um módulo do programa multimídia *online* DocCom a uma oficina presencial para ensino de CMN. O programa DocCom é um recurso educacional *online* para ensino de habilidades de comunicação e foi desenvolvido pela Academia Americana de Comunicação em Saúde (AACH) e a *Drexel University College of Medicine* (DUCOM). Ele contém 42 módulos multimídia, para ensino de habilidades de comunicação em temas diversos. Cada módulo inclui os objetivos do módulo, questões de reflexão sobre o tema, teoria baseada em evidência, vídeos didáticos curtos demonstrando as habilidades de comunicação ensinadas, um vídeo final com a síntese de todas as habilidades e comentários, uma lista de verificação das habilidades de comunicação esperadas para o aprendizado e questões para auto avaliação.⁽³³⁾

A AACH e a DUCOM autorizaram a tradução de 12 módulos do DocCom para o português, entre eles o módulo 33 “Dando Más Notícias” (<http://piripirei.net/DocComBrasil/default.php>). Este módulo foi então traduzido pelas professoras Suely Grosseman (Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil) e Fernanda Udinal com Alessandra Almeida (Centro de Educação do Hemocentro de Ribeirão Preto, Brasil) e está disponível *online* desde 2013.

Solicitou-se aos participantes que assistissem a versão em português do módulo 33 do programa DocCom “Dando Más Notícias” e que enviassem por email à pesquisadora principal as respostas a duas questões de reflexão propostas no módulo. Após 15 dias, foi realizada uma oficina composta por 6 a 12 participantes com duração de 2h, detalhada abaixo em quatro momentos:

1. Nos primeiros 30 minutos, os participantes eram convidados a compartilhar com o grupo as reflexões enviadas e suas experiências pessoais com a comunicação ou recebimento de más notícias, bem como nas consultas simuladas.
2. Nos próximos 30 minutos o grupo discutia o que havia aprendido no módulo, sendo neste momento lembrados os “seis passos” para a CMN.
3. Após esta primeira hora, os participantes ensaiavam as habilidades através de *role play*, em trios; a cada componente do trio atribuía-se os papéis de médico, paciente e observador, respectivamente. Três *role-play* eram realizados, utilizando diferentes cenários (CMN de

diagnóstico de diabetes, câncer e sífilis) e troca de papéis, com duração de 5 minutos por cenário. Ao final de cada role play, um *feedback* apreciativo era fornecido (5 minutos), onde o participante que fazia o papel do médico refletia como tinha se sentido, as habilidades que havia conseguido desempenhar e o que precisava melhorar, seguido do *feedback* do paciente e, por último, do observador.

4. No final da oficina (últimos 15 minutos), era aberto um espaço para os comentários dos participantes, sua percepção sobre o processo vivenciado e as habilidades que consideraram mais fácil ou difícil para praticar, além daquelas que poderiam melhorar.

2.3 COLETA DE DADOS

Antes de coletar as informações, explicava-se novamente aos participantes os objetivos da pesquisa, o método e todos os preceitos éticos, sendo então entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que pode ser visto no Apêndice A. Após leitura deste, os participantes que concordaram, assinavam e devolviam uma das vias aos pesquisadores.

A coleta de dados foi realizada por meio de três instrumentos: questionário auto aplicado pré-intervenção, questionário auto aplicado pós-intervenção e uma lista de verificação para avaliação de desempenho em consultas simuladas com pacientes padronizados, detalhados abaixo.

2.3.1 Questionário I

Inicialmente, solicitou-se a todos os participantes que completassem o questionário I - pré-intervenção (adaptado de Szmilowicz *et al.* 2010)⁽³⁴⁾, com variáveis sócio demográficas, informações sobre treinamento prévio e experiência pessoal em CMN, assim como satisfação, confiança e preparo para comunicar más notícias, avaliados em escala *Likert* de 4 pontos (Apêndice B).

2.3.2 Questionário II

A fim de verificar a percepção dos participantes do GI sobre a intervenção, um segundo questionário (adaptado de Szmilowicz *et al.*

2010)⁽³⁴⁾ também foi oferecido no final a este grupo. As variáveis foram a percepção dos participantes sobre o processo da intervenção, o módulo DocCom e a oficina, assim como sua satisfação, confiança, conforto e preparo para CMN após as estratégias utilizadas para o ensino. (Apêndice C).

2.3.3 Lista de Verificação para Avaliação do Desempenho em Consultas Simuladas

Para avaliar o desempenho para comunicar más notícias, todos participaram de um Exame Clínico Objetivo Estruturado (*Objective Structured Clinical Examination* - OSCE) antes da intervenção (OSCE I), e outro após a intervenção (OSCE II). O OSCE é uma avaliação clínica estruturada, em que os avaliados atuam em uma situação simulada, com pacientes padronizados ou diretamente realizando algum procedimento.⁽⁴⁵⁾ Neste estudo, o OSCE constituiu-se de duas estações (casos clínicos com entrevista ao paciente). Os casos clínicos eram iguais tanto no OSCE pré-intervenção quanto no OSCE pós-intervenção, com variação apenas nos pacientes simulados. O intervalo entre cada OSCE foi de aproximadamente 30 dias e, neste período, oferecia-se a intervenção para o GI. Apesar do GC não ter sofrido qualquer intervenção, considerou-se que, mesmo sem essa exposição, os participantes deste grupo poderiam identificar uma lacuna em seu conhecimento nesta área após o OSCE I e ficarem motivados a buscar informação para superar tal lacuna, o que poderia resultar em um melhor desempenho.

Avaliou-se o desempenho dos participantes no OSCE através de uma lista de verificação com 14 itens. Onze itens foram adaptados dos “seis passos” para a CMN apresentado no módulo 33 do DocCom, detalhados adiante (“Dando Más Notícias”)⁽⁴⁾ e 3 itens (Cumprimenta e se apresenta ao paciente, Demonstra saber as informações fornecidas, Contato visual e postura adequada) adaptados da primeira fase da consulta (recepção) presente no módulo 6 do DocCom (“Construindo a Relação”)⁽⁴⁶⁾. Os domínios da lista de verificação com seus respectivos itens foram: Recepção (1. Cumprimenta e se apresenta ao paciente, 2. Demonstra saber as informações fornecidas, 3. Contato visual e postura adequada); Percepção (4. Pergunta ao paciente o que ele sabe, 5. Pergunta ao paciente o que ele quer saber); Compartilhando informações (6. Fornece um rápido aviso de que a notícia virá, 7. Passa a notícia de forma clara e concisa, usando linguagem compreensível, 8. Faz um breve silêncio após passar a notícia); Respondendo às emoções (9.

Reconhece a emoção, 10. Legitima a emoção, 11. Explora as principais preocupações do paciente); Plano e Seguimento (12. Compartilha perspectivas terapêuticas, 13. Estabelece parceria, 14. Avalia a segurança do paciente para sair do consultório (Apêndice D).

Os itens da lista de verificação por estação clínica do OSCE foram inicialmente pontuados em escores de 0 a 2, sendo 0 = não executou a habilidade; 1 = executou parcialmente ou de forma inadequada; 2 = executou de forma completa ou adequada, totalizando um escore por estação mínimo = 0 e máximo = 28 pontos. A pontuação dos itens da lista de verificação de cada uma das duas estações foi somada e o escore total final em cada OSCE foi no mínimo = 0 e no máximo = 56.

2.3.4 Detalhamento do OSCE

Cada participante passou por duas estações durante o OSCE, com duração de 5 minutos por estação. Na primeira estação clínica, o caso foi de comunicação de uma sorologia positiva para HIV a um paciente com diarreia crônica e perda ponderal. Na segunda estação, o caso foi de comunicação de um resultado de biópsia de câncer de pulmão, em uma consulta pós-internação recente por pneumonia (Apêndice E).

Os pacientes simulados foram voluntários convidados a participar do projeto. Receberam um roteiro (*script*) com informações referentes ao seu papel na estação clínica com detalhes sobre o contexto, as respostas a dar e as reações a assumir frente às perguntas e atitudes dos participantes. Um dos pesquisadores realizou o treinamento de cada paciente simulado, de forma individual. Após treinamento, o pesquisador avaliava o desempenho do paciente simulado com *role play* com o próprio pesquisador simulando o papel de participante; apenas os que demonstravam atuar de forma satisfatória, seguindo as recomendações do treinamento, foram aceitos para participar do OSCE.

O OSCE foi realizado no Laboratório de Habilidades de Comunicação do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. Este espaço é composto de seis consultórios desenhados para atividades práticas com sistema de captura de áudio e imagem, permitindo análise dos vídeos posteriormente.

Os vídeos foram assistidos pelas duas pesquisadoras que desenvolveram o projeto. Uma delas desconhecia o grupo ao qual pertencia cada participante (GI ou GC) e o momento do OSCE (OSCE I ou II) e a outra era a pesquisadora principal do projeto. A fim de manter a uniformidade no preenchimento da lista de verificação, houve um

treinamento prévio, no qual os comportamentos e atitudes referentes a cada habilidade foram revistos e discutidos. Inicialmente as duas pesquisadoras assistiram de forma independente 10 vídeos e pontuaram a lista de verificação. Na sequência encontraram-se, compararam suas pontuações e discutiram os itens nos quais houve discordância, a fim de calibrar a pontuação. Após, todos os vídeos foram assistidos por estas examinadoras separadamente. Realizado a análise da confiabilidade inter observador, os vídeos foram revistos para se verificar onde havia divergências na pontuação e então as duas avaliadoras assistiam juntas, discutiam o item com pontuação diferente e chegavam a um consenso quanto à pontuação final.

2.3 ANÁLISE DE DADOS

2.3.1 Análise quantitativa

As variáveis sócio-demográficas, assim como as relacionadas ao treinamento prévio e experiência em CMN, à percepção de conforto, confiança e preparo para a CMN e os escores do desempenho no OSCE foram analisados por estatística descritiva (medidas de tendência central - média e porcentagem e medidas de dispersão - desvio padrão e variância). Os resultados do desempenho dos participantes foram apresentados também com seus respectivos intervalo de confiança de 95%.

Os itens da escala *Likert* original dos questionários (com quatro itens) foram recodificados em duas categorias: percepção negativa (ruim ou muito ruim) e percepção positiva (bom ou muito bom). Também para a análise do desempenho dos participantes os escores da lista de verificação do OSCE foram recodificados em duas categorias: 0 para não executou a habilidade ou a executou de forma inapropriada ou incompleta; 1 = executou a habilidade de forma totalmente apropriada. Desta forma, a pontuação no OSCE variou de um valor mínimo de 0 a um valor máximo de 28 pontos (somando as duas estações clínicas de cada OSCE). Posteriormente, foi realizada uma análise psicométrica utilizando escores padronizados (Z) para homogeneização das variâncias ($Z = (x - M_a) / DP_a$), sendo x = escore individual ou bruto, M_a = média da amostra, DP_a = desvio padrão da amostra) e os resultados são apresentados como escore $-T$ para facilitar a compreensão [$T = (Z \times 10) + 50$, sendo, Z = escore padronizado].

Utilizou-se o teste χ^2 de Pearson e o teste exato de Fisher para comparar variáveis categóricas e o teste t Student para comparar

variáveis contínuas entre grupos. A correlação entre duas variáveis contínuas foi analisada pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, considerando: 0.10 – 0.29 = fraca correlação, 0.30 – 0.49 = média correlação, 0.5 – 1 = forte correlação.

A consistência interna da lista de verificação aplicada no OSCE com os itens padronizados foi analisada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach e a* confiabilidade inter observador por meio da medida de concordância de *kappa* (< 0 = sem concordância; $0 - 0.19$ = concordância fraca; $0.2 - 0.39$ = concordância regular; $0.4 - 0.59$ = concordância moderada; $0.6 - 0.79$ = concordância boa; $0.8 - 1$ = concordância quase perfeita).⁽⁴⁷⁾

Com o objetivo de verificar a unidimensionalidade do instrumento utilizado para medir o desempenho nas estações clínicas do OSCE, realizou-se uma análise fatorial exploratória dos componentes principais com rotação ortogonal (Varimax). Inicialmente, se tentou quatro fatores; como os componentes carregaram de forma dispersa, passou-se a três, ocorrendo a mesma situação. Apenas com dois fatores houve possibilidade de se compreender os componentes.

O desempenho global (DG) no OSCE foi avaliado considerando os dois componentes da análise fatorial. A análise do desempenho dos participantes foi realizada de forma combinada por análise de variância bifatorial para medidas repetidas (*Split-Plot Analysis of Variance*), que permitiu análise do efeito do momento (diferença no desempenho de cada grupo no OSCE pré e pós-intervenção) e efeito da interação (diferença de interação entre os grupos no OSCE pré e pós-intervenção).

Calculou-se o tamanho do efeito por Eta^2 , considerando-se: 0.01 = efeito pequeno, 0.06 = efeito moderado, 0.14 = efeito grande.⁽⁴⁸⁾

O nível de significância assumido foi de $p < 0.05$.

Utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.

2.3.2. Análise qualitativa

As respostas às questões abertas dos questionários foram analisadas por análise de conteúdo e as categorias emergentes descritas quantitativamente. Apresentam-se também alguns depoimentos para ilustrar as categorias.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE O PROCESSO DE CMN

A idade média dos participantes foi 26.3 anos ($DP=3.6$); 52 eram mulheres (59.8%) e 35 homens (40.2%). Não houve diferença no perfil dos participantes dos GI e GC em relação ao sexo [17 homens (37%) e 29 mulheres (63%) no GI e 18 homens (44%) e 23 mulheres (56%) no GC, $p = 0.5$], nem em relação à idade (em anos) [GI ($M= 26.5$, $DP = 3.7$) vs GC ($M = 26.2$, $DP = 3.7$); $t(85) = 0.3$, $p = 0.8$] e à categoria do participante [18 internos (39%) e 28 médicos (61%) no GI e 16 internos (39%) e 25 médicos (61%) no GC, $p = 1$].

Vinte e sete participantes receberam ensino formal (31.4%) e 50 receberam ensino informal (58,1%) para CMN durante a graduação.

Os dados referentes à recepção de ensino de habilidades para a CMN na graduação, bem como o conforto, o preparo, a satisfação e a confiança para comunicar más notícias, por categoria do participante (interno x médico) e grupo (GI x GC) são apresentados na Tabela 1. Como se observa, os médicos receberam menos ensino informal do que os internos durante a graduação; por outro lado, se sentem mais confortáveis em lidar com emoções fortes, assim como satisfeitos com a forma que comunicam más notícias em relação aos internos. Não houve diferença entre os grupos controle e intervenção quanto aos aspectos apresentados.

Tabela 1 - Ensino recebido, preparação, conforto, confiança e satisfação para a Comunicação de Más Notícias (CMN) ou para Lidar com Emoções Fortes (LEF) de 86 participantes^a, separados por categoria dos participantes (interno ou médico) e por grupo (intervenção ou controle) em Florianópolis, 2014-2015.

<i>Características</i>	<i>Categoria</i>		<i>p^b</i>	<i>Grupos</i>		<i>p</i>
	Internos n=33 n (%) ^e	Médicos n=53 n (%)		GI ^c n=45 n (%)	GC ^d n=41 n (%)	
Ensino formal na graduação	10(30,3)	17(32,1)	1	13 (28,9)	14 (34,1)	0.6
Ensino informal na graduação	26 (78,8)	29 (45,3)	0.003	24 (53,3)	26 (63,4)	0.4
Ensino formal na residência	-	37 (69,8)	-	8 (17,8)	8 (19,5)	0.9
Ensino informal na residência	-	28 (52,8)	-	14 (31,1)	14 (34,1)	0.9
Confortável CMN	2 (6,1)	6 (11,3)	0.7	2 (4,4)	6 (13,6)	0.1
Confortável LEF	2 (6,1)	15 (28,3)	0.01	7 (15,6)	10 (24,4)	0.4
Satisfeito CMN	4 (12,1)	19 (35,8)	0.02	9 (20)	14 (34,1)	0.1
Confiante CMN	1 (3)	14 (26,4)	0.07	6 (13,3)	9 (22)	0.4
Preparado CMN	1 (3)	7 (13,2)	0.1	5 (11,1)	3 (7,3)	0.7

^aUm participante não respondeu ao questionário pré-intervenção.

^tteste exato de Fisher

^cGrupo Intervenção, ^dGrupo Controle

3.2 ESTRUTURA FATORIAL DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DO OSCE

A análise fatorial (Tabela 2) revelou dois componentes principais (fatores). Esta estrutura fatorial explicou 37.6% da variância total dos escores aferido pelo instrumento utilizado para medir as habilidades.

Tabela 2 - Análise Fatorial^{a,b} da Lista de Verificação do *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) para a Comunicação de Más Notícias.

Item (n)	Descrição do Item ^c	Fator 1	Fator 2
7	Passa a notícia de forma clara e concisa, com linguagem compreensível	0.7	
10	Legitima a emoção	0.7	
8	Faz breve silêncio após passar a notícia	0.7	
9	Reconhece a emoção	0.7	
11	Explora as principais preocupações do paciente	0.6	
5	Pergunta o que o paciente sabe	0.5	
6	Fornece um rápido aviso de que a notícia virá	0.6	
13	Estabelece parceria	0.4	
4	Pergunta o que o paciente quer saber	0.4	
2	Demonstra saber as informações fornecidas		0.7
1	Cumprimenta e se apresenta ao paciente		0.6
3	Contato visual / postura apropriada		0.6
12	Compartilha perspectivas terapêuticas		0.5

^arotação Varimax

^bA estrutura fatorial explicou 37.6% da variância total dos escores aferidos.

^cO item 14 não carregou em nenhum componente e não foi considerado para fins de cálculos no OSCE.

Como os itens que carregaram no Fator 1 eram, na maioria, habilidades descritas nos “seis passos para comunicação de más notícias” ⁽⁴⁾, este fator foi denominado pelas pesquisadoras como Habilidades mais específicas na Comunicação de Más Notícias (HCMN). Já com relação às habilidades que carregaram no Fator 2, três delas eram relativas à recepção do paciente e uma ao compartilhamento de perspectivas terapêuticas, o que é bastante comum em entrevistas médicas em qualquer contexto. Por isto, as pesquisadoras denominaram o Fator 2 como Habilidades Gerais na Entrevista Médica (HGEM). O item 14 da lista de verificação (verificar condições do paciente para sair da consulta) foi excluído da análise por não ter carregado em nenhum fator.

A consistência interna da lista de verificação aplicada no OSCE com os itens padronizados, avaliada pelo coeficiente alfa de *Cronbach* foi 0.73. A confiabilidade inter observador resultou num kappa = 0.83.

3.3 DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES

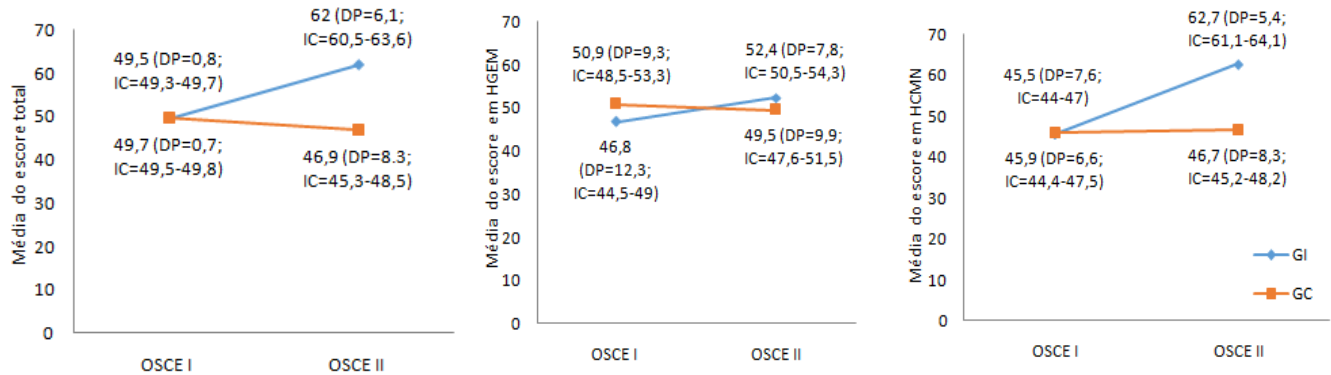
As figuras 2 a 4 mostram o desempenho dos participantes dos grupos intervenção (n=43) e controle (n=41) no *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) I (pré-intervenção) e II (pós-intervenção) conforme os componentes da lista de verificação e a categoria dos participantes (internos e médicos). Houve melhora significativa, com grande tamanho de efeito, no desempenho dos participantes do grupo intervenção de forma global e nas HCMN, quando todos os participantes são avaliados juntos e também quando a avaliação é realizada separada por categorias (internos e médicos) e piora do desempenho global no grupo controle. Já nas HGEM, apesar de ter ocorrido melhora significativa no desempenho dos participantes, o tamanho do efeito foi moderado e este ocorreu apenas nos grupos (entre OSCE I e II), mas não entre os grupos (GI e GC).

A análise do desempenho dos participantes nas HGEM quando avaliados conforme a categoria demonstrou que não houve melhora para os internos, porém, houve melhora moderada no desempenho dos médicos entre o OSCE pré e pós-intervenção, sem diferença entre GI e GC.

Não houve diferença no desempenho nas HCMN entre internos e médicos. Ambos apresentaram ganho semelhante no seu desempenho [efeito de interação com controle para covariável “categoria” [(1,84)=1.7, $p=0.2$]. Também não houve diferença em relação ao sexo (efeito de interação com controle para covariável “sexo” [(1,84)=0.03, $p=0.8$].

Desempenho de Todos os Participantes (n=84)

Figura 2 - Desempenho global (escore médio total – escore T), por habilidades gerais da entrevista médica (HGEM) e por habilidades mais específicas de comunicação de más notícias (HCMN) no *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) pré-intervenção (OSCE I) e pós-intervenção (OSCE II) de todos os participantes do estudo [GI = grupo intervenção (n=43) e GC grupo controle (n=41)] com análise de efeito de tempo e interação pela análise bifatorial.



Efeito de tempo: [(1,166)=191, $p=0,000$, $Eta=0,5$]

Efeito de interação: [(1,166)=170, $p=0,000$, $Eta=0,5$]

Efeito de tempo: [(1,166)=14, $p=0,000$, $Eta=0,08$]

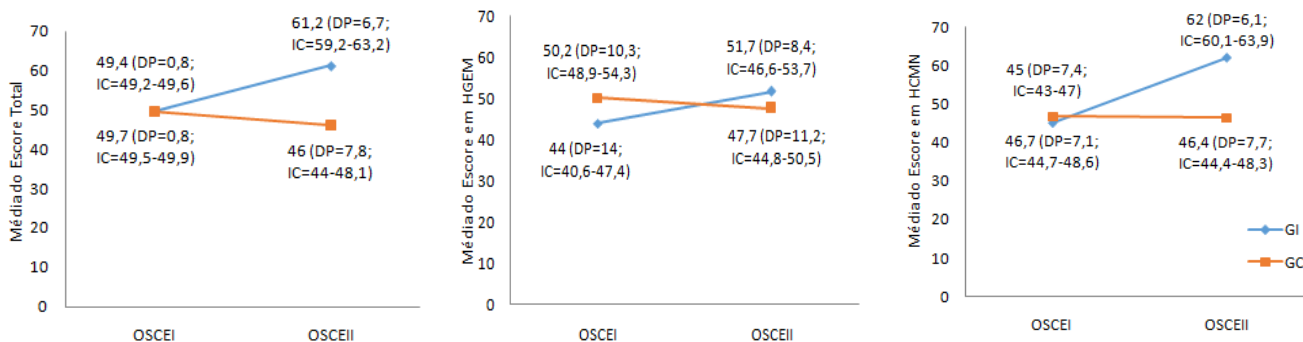
Efeito de interação: [(1,166)=0,3, $p=0,6$]

Efeito de tempo: [(1,166)=131, $p=0,000$, $Eta=0,4$]

Efeito de interação: [(1,166)=89, $p=0,000$, $Eta=0,35$]

Desempenho dos Médicos (n=51)

Figura 3 - Desempenho global (escore médio total – escore T), por habilidades gerais da entrevista médica (HGEM) e por habilidades mais específicas de comunicação de más notícias (HCMN) no *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) pré-intervenção (OSCE I) e pós-intervenção (OSCE II) dos médicos [GI = grupo intervenção (n=26) e GC = grupo controle (n=25)] e análise de efeito de tempo e interação pela análise bifatorial.



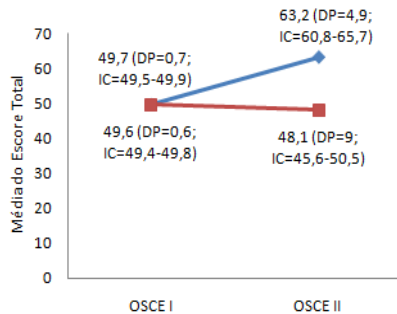
Efeito de tempo: [(1,98)=116, p=0,000, Eta=0,5]
 Efeito de interação: [(1,51)=100, p=0,000, Eta=0,5]

Efeito de tempo: [(1,98)=13, p=0,001, Eta=0,1]
 Efeito de interação: [(1,51)=0,5, p=0,5]

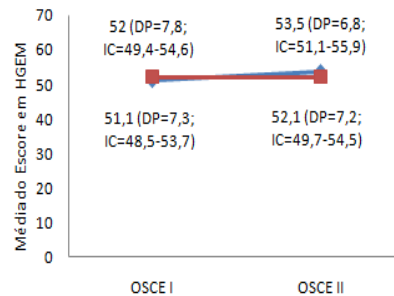
Efeito de tempo: [(1,98)=81, p=0,000, Eta=0,4]
 Efeito de interação: [(1,51)=45, p=0,000, Eta=0,3]

Desempenho dos Estudantes do Internato (n=33)

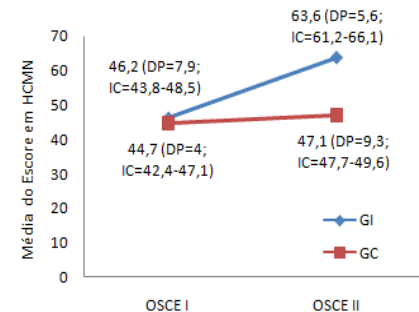
Figura4 - Desempenho global (escore médio total – escore T), por habilidades gerais da entrevista médica (HGEM) e por habilidades mais específicas de comunicação de más notícias (HCMN) no *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) pré-intervenção (OSCE I) e pós-intervenção (OSCE II) dos estudantes do internato [GI = grupo intervenção (n=17) e GC (grupo controle (n=16)] com análise de efeito de tempo e interação pela análise bifatorial.



Efeito de tempo: [(1,66)=76, p=0,000, Eta=0,5]
 Efeito de interação: [(1,66)=72, p=0,000, Eta=0,5]



Efeito de tempo: [(1,66)=1,2, p=0,3]
 Efeito de interação: [(1,66)=0,03, p=0,9]



Efeito de tempo: [(1,66)=51, p=0,000, Eta=0,4]
 Efeito de interação: [(1,66)=45, p=0,000, Eta=0,4]

Não houve diferença no desempenho dos participantes no OSCE em função de terem recebido ensino formal na graduação [$M = 51.2$ ($DP = 0.7$), $95\%IC = 49.7 - 52.7$ ou não terem recebido este ensino ($M = 52.5$ ($DP=0.5$), $IC\ 95\% = 51.6 - 53.5$; $p=0.1$].

Houve correlação entre o desempenho dos participantes no OSCE I nas estações HIV e CA [$M = 4.14$ ($DP = 3.7$); vs. $M = 14.3$ ($DP = 3.7$); ($r = 0.5$, $n=87$, $p < 0.000$)] e no OSCE II [$M=8.18$ ($DP = 5.3$) vs. $M = 19.2$ ($DP = 5.6$); ($r = 0.7$, $n=84$, $p < 0.000$)].

3.4 PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GI APÓS INTERVENÇÃO

Considerando a percepção do GI após ter passado pelo processo de treinamento em CMN, 40 participantes sentiram-se confiantes (93%), 22 confortáveis (51.2%) e 31 preparados (72.1%) para CMN. Quarenta e três participantes consideraram o modulo DocCom como ferramenta útil para o ensino de CMN(100%), 41 consideraram a oficina útil (95.4%) e 42 apropriada ao ensino proposto (97.2%).

3.5 ANÁLISE QUALITATIVA DOS QUESTIONÁRIOS

3.5.1 Questionário pré-intervenção

Antes da seleção dos grupos intervenção e controle e antes do primeiro OSCE, entre os 86 participantes que completaram o questionário, foram relatadas várias expectativas em relação à intervenção para melhorar a CMN. Estas foram: melhor preparo para a CMN ou lidar com emoções fortes (LEF) ($n=49$), ter mais conforto ($n=15$), confiança ($n=14$) e se sentir mais seguro ($n=13$) para a CMN, obter mais informações sobre o assunto ($n=10$) ou recuperar informações da graduação ($n=1$), adquirir habilidades (10), tendo dois participantes referido melhorar as habilidades técnicas e um as habilidades para cuidados paliativos, conhecer estratégias para a CMN ($n=1$), perceber os próprios erros ou lacunas de aprendizagem ($n=5$) ou fazer uma auto avaliação ($n=1$), obter *feedback* sobre sua atuação ($n=3$), LEF ($n=3$), melhorar a qualidade da comunicação ($n=1$), treinar ($n=1$), melhorar a formação ($n=1$), surpreender-se positivamente (1), aprender algo novo sobre o assunto ($n=1$) e aprender a se comunicar bem com o paciente e sua família ($n=1$). Citamos abaixo alguns depoimentos para ilustrar as expectativas.

Aprender a lidar melhor e conhecer minhas próprias emoções e a emoção do paciente. Manejar minhas reações transferenciais e contra transferenciais.

Complementar meu aprendizado precário sobre tais habilidades durante a graduação.

Apesar de eu sentir bem e confiante ao comunicar más notícias, não sei se cometo erros durante a sua realização, portanto espero identificar possíveis falhas e corrigi-las.

Aprender um pouco como realizar comunicação de diagnósticos pouco favoráveis na prática diária e recuperar o que já perdi de informação durante a graduação.

Aprender estratégias práticas para a comunicação de más notícias e para lidar com a consequente reação da pessoa e dos familiares. Isso porque no momento me envolvo sentimentalmente. Então, ter estratégias, saber o que posso/devo ou não falar.

Aprender como posso melhorar a comunicação de más notícias para os meus futuros pacientes, lidar com a reação deles e tentar ajudá-los de alguma forma nesse momento ou de, no mínimo, não piorar a situação pelo meu desespero.

Espero poder despertar para o treinamento em comunicação de más notícias. Não espero saturar o debate nem me sentir completamente seguro, acredito que devo me sentir sempre desconfortável, porém espero adquirir maior grau de tranquilidade.

3.5.2 Questionário pós-intervenção

Quanto à avaliação da intervenção pelos 43 participantes do grupo intervenção após o segundo OSCE, os aspectos positivos apontados foram: a estrutura da intervenção de forma geral (n=17), as práticas (1), a oficina (n=13), a oportunidade para autoavaliação (n=15), as simulações (n=13), o compartilhamento de experiências e vivências (n=3), o confronto com experiências prévias (n=1), o reconhecimento da dificuldade em lidar com as próprias emoções (n=1), o módulo (n=13), sendo que um participante referiu que ele era “claro e objetivo” e dois participantes mencionaram a qualidade dos vídeos. Como aspectos positivos, alguns participantes também referiram sua percepção sobre os resultados do processo, que foram “o despertar para o assunto” ou “levantar o tema” (n=2), “solidificação” dos conhecimentos, o uso das palavras certas (n=1), melhor controle emocional (n=1), desenvolvimento de habilidades (n=1), aprendizado (n=1) e informações novas (1). Um participante afirmou: “Antes me considerava preparado, no entanto com o curso percebi o quão despreparado estava”.

Quanto às sugestões dos 43 participantes do grupo intervenção para melhorar o processo vivenciado, algumas eram inespecíficas, tais como inserção do treinamento na graduação (n=1) ou no cronograma da residência e (n=1), maior divulgação da pesquisa e “explicar melhor” (n=1) ou explicações prévias sobre o curso (n=1), uma programação do curso mais compactada (n=1) “mais tudo” (n=1). Outras sugestões foram mais específicas a momentos do processo de participação na pesquisa e descritas a seguir.

Em relação ao OSCE, de forma geral, foram sugeridos: maior tempo da consulta (2), mais estações de OSCE (mais situações simuladas), realização de quarta etapa tardia, “simulações mais reais” (n=1), que os atores fossem os mesmos nos dois OSCE (n=1), que o codinome do participante só fosse referido após término da estação (n=1), casos mais detalhados (n=1), menor tempo entre os OSCE I e II (n=1). Em relação ao primeiro OSCE, foi sugerido *feedback* após a atuação (n=2). Em relação ao segundo OSCE, foi sugerido que ele fosse realizado no mesmo dia da oficina, após seu término (n=4). No que se refere às oficinas, foram sugeridas mais oficinas com menor duração (n=2), sendo que um participante comentou a importância de mais trocas de experiências, um sugeriu uma aula mais curta no lugar da oficina, e outro, mais casos práticos (*role-play*) (n=2), sendo que um especificou que o objetivo seria perceber melhor os erros; mais oficinas, frisar os

seis passos, maior tempo de discussão dos seis passos e das emoções, maior tempo de oficina (n=1), discussão sobre a CMN quando há óbito (n=1), discutir lacunas do módulo (n=1), maior objetividade (n=1) e exemplos práticos (n=1).

Foram ainda sugeridos mais vídeos (n=2), mais leituras (n=1), que os pesquisadores exemplificassem o processo de CMN eles mesmo fazendo *role play* na oficina, para servir como modelo (n=1), aulas presenciais (n=1), pacientes simulados que não conhecessem os participantes – houve uma coincidência que um residente em medicina de família conhecia o paciente simulado que era um estudante (n=1). Ainda, maior tempo de simulação, melhor estrutura no sentido de dinâmica no OSCE, *feedback* sistemático após o OSCE II.

Em relação à aplicação imediata na prática sobre a aprendizagem com o treinamento, os participantes mencionaram os seis passos (n=25), sendo que um deles mencionou que aplicaria os seis passos “em todas situações, para melhorar a compreensão sobre os pacientes e sua adesão ao tratamento”; ouvir (n=4), lidar com as emoções (n=3) ou reconhecimento das emoções (n=1); avaliar e identificar o que é má notícia para o paciente (n=3); “tudo” (n=2); autocontrole (n=1), aproximar-se das situações de CMN no último semestre da faculdade (n=1); aumentar a fase de percepção do paciente (n=1); avaliar as expectativas do paciente (n=1), fazer silêncio (n=1), planejamento imediato do paciente ao final da consulta (n=1); foco no paciente (n=1); objetividade (n=1), dar mais tempo ao paciente (n=1) e autopreparação (n=1). Apresentamos abaixo alguns depoimentos, para ilustrar o que foi mencionado sobre a aplicação imediata.

Acredito inclusive que o *checklist* deva ficar em algum lugar acessível no meu consultório, para que possa sempre revisá-lo antes de uma consulta de comunicação de más notícias.

Aprender a escutar o paciente, controlar minha ansiedade em ter uma resposta para tudo e me focar em compreender e legitimar o sofrimento.

Tenho aplicado quase todos os dias...não para dar diagnósticos ruins, mas a comunicação mesmo, com paciente independente de sua enfermidade. Como sugestão fica fazer o treinamento com os residentes da cirúrgica! Eles precisam muito desse módulo!

4. DISCUSSÃO

No presente estudo, aproximadamente um terço dos participantes relatou ter recebido ensino formal para CMN durante a graduação e um terço dos médicos, durante a residência. A maioria dos participantes sentia-se insatisfeito com o ensino recebido, despreparado, desconfortável e pouco confiante para a CMN. Resultados similares foram descritos por Barnett *et al.* avaliando o preparo e a confiança de médicos de hospitais britânicos.⁽⁸⁾ Já no estudo de Orgel *et al.*, apesar de metade dos 253 médicos investigados relatarem conhecimento insuficiente para CMN, a maioria deles sentia-se confortável para esta comunicação.⁽¹¹⁾

Não encontramos associação entre o desempenho dos participantes no OSCE inicial e a categoria do participante (interno ou médico). Este resultado é semelhante ao descrito por Wounda & van de Weil⁽³²⁾. Mesmo entre médicos experientes, o desempenho no OSCE, quando nenhum treinamento é recebido, mostra-se ruim. Fallowfield *et al.* também comentam que as habilidades de comunicação não necessariamente melhoram somente com a experiência e o tempo.⁽³⁸⁾

Houve importante melhora no desempenho dos participantes submetidos à intervenção, mas se constatou uma piora no grupo controle. Esperava-se, entretanto, que frente à identificação de lacunas de aprendizagem, o grupo controle pudesse ficar motivado a buscar conhecimento e melhorar seu desempenho. Por outro lado, o fato deste grupo não ter recebido nenhuma intervenção de atenção pode ter prejudicado seu desempenho final.

Apesar dos participantes do grupo intervenção terem apresentado melhora no seu desempenho global, pode-se verificar que o maior efeito da intervenção foi relacionado às habilidades específicas para a CMN. Também foi possível constatar que este efeito foi igual para internos e médicos.

Resultados positivos com intervenções utilizando OSCE e multimídia e OSCE apenas também foram encontrados por Daetwyler *et al.* Alexander *et al.*, respectivamente, mas a análise fatorial da lista de verificação não foi realizada nesses estudos.^(22,35) Nossa hipótese inicial foi que estudantes do internato teriam maior ganho com a intervenção no seu desempenho em relação aos médicos, o que não se demonstrou.

Por outro lado, se encontrou uma melhora com moderado tamanho de efeito pré e pós-intervenção dentro dos grupos relacionada às HGEM entre médicos e nenhum efeito em estudantes. Uma hipótese para tal resultado poderia ser o fato de que, durante a graduação, as

habilidades gerais de comunicação serem geralmente ensinadas e praticadas, ao contrário do que ocorre com o ensino das habilidades mais específicas para CMN.

Quanto à confiabilidade da lista de verificação utilizada para avaliar o desempenho, esta foi similar a encontrada por Yedidia *et al.*⁽³³⁾. Um problema apontado nos estudos de intervenção educacional com verificação do desempenho é a ausência de um instrumento confiável ou a análise de sua confiabilidade.⁽¹⁷⁾

Os participantes do GI mostraram uma melhora na percepção de confiança, conforto e preparo para CMN após nossa intervenção combinando o módulo *online* 33 do DocCom à oficina com atividades de discussão em pequenos grupos e *role play*. Algumas pesquisas com estudantes e médicos utilizando uma combinação de estratégias de ensino para CMN mostraram resultados semelhantes^(8, 23, 25, 49, 30). O GI avaliou a intervenção como produtiva para seu aprendizado e considerou o OSCE ferramenta útil permitindo identificar lacunas na CMN. Estes achados estão de encontro ao do estudo de Szmuiłowicz *et al.*⁽³⁴⁾

As limitações do nosso estudo incluíram não avaliar a retenção do ensino (desempenho a médio e longo prazo) e não avaliar o desempenho dos participantes com pacientes da vida real^(13, 22, 33, 38). Outra limitação foi que o estudo incluiu as primeiras 91 pessoas que manifestaram o desejo de participar, em vez de selecionar de forma aleatória os participantes a serem convidados. Porém, o desejo de participar era necessário para garantia da continuidade da participação no estudo, mesmo sendo designado para participar do grupo controle, evitando perdas ao longo da pesquisa. Apesar da inserção do participante na pesquisa ter sido inicialmente por sua aceitação mais rápida em participar no processo, a seleção dos grupos em intervenção e controle foi feita aleatoriamente. Também não realizamos uma intervenção de atenção no GC, que pode ter prejudicado o desempenho deste grupo. Ainda, como é difícil controlar o cumprimento da tarefa da parte da intervenção que era assistir o vídeo *online*, não se pode afirmar que todos assistiram ao vídeo. Por outro lado, durante a oficina eram realizadas questões sobre o que havia sido aprendido no módulo e no questionário final foi perguntado se os participantes haviam assistido ao vídeo.

Finalmente, com relação à pontuação da lista de verificação do OSCE idealmente deveríamos ter três observadores “cegados”, dois que fizessem a análise sistemática e um terceiro que entraria caso houvesse divergência na pontuação de determinado item.

Apesar das limitações, nosso estudo obteve um tamanho de amostra apropriado, avaliou o desempenho pré e pós-intervenção com desenho randomizado e controlado e com uma lista de verificação confiável. Sugere-se estudos futuros a fim de avaliar a retenção do ensino e a transferência do aprendizado para a prática com pacientes da vida real.⁽³⁹⁾

5 CONCLUSÃO

A intervenção proposta para o ensino de CMN associando módulo 33 DocCom a uma oficina com *role play* foi efetiva na melhora do desempenho na CMN em estudantes do internato e médicos da população estudada, sendo esta melhora mais proeminente em relação às habilidades para comunicar más notícias do que em relação às habilidades gerais da entrevista médica. Não houve diferença entre o desempenho de estudantes do internato e médicos.

REFERÊNCIAS

1. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1975-8.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
3. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian journal of palliative care*. 2010;16(2):61.
4. Quill T CA, Gracey C, Seaver M, Novack DH, Daetwyler CJ, Clark W., R. S. DocCom module 33: Giving Bad News. Philadelphia,PA: Drexel University College of Medicine in collaboration with the American Academy on Communication in Healthcare. 5<http://webcampus.drexelmed.edu/doccom/4>. Accessed 2013 Oct 27. 2006.
5. Brown R, Dunn S, Byrnes K, Morris R, Heinrich P, Shaw J. Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med*. 2009;84(11):1595-602.
6. Choudhary A, Gupta V. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2015;5(Suppl 1):S41.
7. Abel J, Dennison S, Senior-Smith G, Dolley T, Lovett J, Cassidy S. Breaking bad news—development of a hospital-based training workshop. *The lancet oncology*. 2001;2(6):380-4.
8. Barnett MM, Fisher JD, Cooke H, James PR, Dale J. Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Med Educ*. 2007;41(10):947-56.
9. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
10. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can Doctors Improve their Communication Skills? *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2015;9(3):JE01.

11. Orgel E, McCarter R, Jacobs S. A failing medical educational model: a self-assessment by physicians at all levels of training of ability and comfort to deliver bad news. *J Palliat Med*. 2010;13(6):677-83.
12. Adebayo PB, Abayomi O, Johnson PO, Oloyede T, Oyelekan AA. Breaking bad news in clinical setting - health professionals' experience and perceived competence in southwestern Nigeria: A cross sectional study. *Ann Afr Med*. 2013;12(4):205-11.
13. Reed S, Kassis K, Nagel R, Verbeck N, Mahan JD, Shell R. Breaking bad news is a teachable skill in pediatric residents: A feasibility study of an educational intervention. *Patient Educ Couns*. 2015;98(6):748-52.
14. Balzora S, Abiri B, Wang XJ, McKeever J, Poles M, Zabar S, et al. Assessing cultural competency skills in gastroenterology fellowship training. *World J Gastroenterol*. 2015;21(6):1887-92.
15. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Supportive Care in Cancer*. 2004;12(10):692-700.
16. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *The Lancet*. 2001;357(9260):945-9.
17. Liu X, Rohrer W, Luo A, Fang Z, He T, Xie W. Doctor-patient communication skills training in mainland China: A systematic review of the literature. *Patient education and counseling*. 2015;98(1):3-14.
18. Luttenberger K, Graessel E, Simon C, Donath C. From board to bedside - training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Med Educ*. 2014;14:135.
19. Chung H-O, Oczkowski SJ, Hanvey L, Mbuagbaw L, You JJ. Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical education*. 2016;16(1):1.
20. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2011;306(9):978-88.

21. Novack DH, Cohen D, Peitzman SJ, Beadenkopf S, Gracely E, Morris J. A pilot test of WebOSCE: a system for assessing trainees' clinical skills via teleconference. *Medical teacher*. 2002;24(5):483-7.
22. Daetwyler CJ, Cohen DG, Gracely E, Novack DH. eLearning to enhance physician patient communication: A pilot test of "doc.com" and "WebEncounter" in teaching bad news delivery. *Medical teacher*. 2010;32(9):e381-e90.
23. Jameel A, Noor SM, Ayub S. Survey on perceptions and skills amongst postgraduate residents regarding breaking bad news at teaching hospitals in Peshawar, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2012;62(6):585-9.
24. Mortsiefer A, Rothhoff T, Schmelzer R, Immecke J, Ortmanns B, in der Schmitt J, et al. Implementation of the interdisciplinary curriculum Teaching and Assessing Communicative Competence in the fourth academic year of medical studies (CoMeD). *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29:Doc06.
25. Baer AN, Freer JP, Milling DA, Potter WR, Ruchlin H, Zinnerstrom KH. Breaking bad news: use of cancer survivors in role-playing exercises. *Journal of Palliative medicine*. 2008;11(6):885-92.
26. Hurst SA, Baroffio A, Ummel M, Burn CL. Helping medical students to acquire a deeper understanding of truth-telling. *Med Educ Online*. 2015;20:28133.
27. Bourquin C, Stiefel F, Mast MS, Bonvin R, Berney A. Well, you have hepatic metastases: Use of technical language by medical students in simulated patient interviews. *Patient Educ Couns*. 2015;98(3):323-30.
28. Meunier J, Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Etienne AM, Lienard A, et al. The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):40-7.
29. Costantini A, Baile WF, Lenzi R, Costantini M, Ziparo P, Marchetti P, Grassi L. Overcoming cultural barriers to giving bad news: feasibility of training to promote truth-telling to cancer patients. *J Canc Educ*. 2009;24(3):180-5.

30. Dikici MF, Yaris F, Cubukcu M. Teaching medical students how to break bad news: a Turkish experience. *J Cancer Educ*. 2009;24(4):246-8.
31. Schildmann J, Härlein J, Burchardi N, Schlögl M, Vollmann J. Breaking bad news: evaluation study on self-perceived competences and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop. *Supportive care in cancer*. 2006;14(11):1157-61.
32. Wouda JC, van de Wiel HB. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):57-62.
33. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *Jama*. 2003;290(9):1157-65.
34. Szmuiłowicz E, el-Jawahri A, Chiappetta L, Kamdar M, Block S. Improving residents' end-of-life communication skills with a short retreat: a randomized controlled trial. *J Palliat Med*. 2010;13(4):439-52.
35. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsky JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. *Academic Medicine*. 2006;81(11):1008-12.
36. Lienard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne AM, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Br J Cancer*. 2010;103(2):171-7.
37. Merckaert I, Liénard A, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Is it possible to improve the breaking bad news skills of residents when a relative is present? A randomised study. *British journal of cancer*. 2013;109(10):2507-14.
38. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2002;359(9307):650-6.

39. Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology* 2011. p. 1030-40.
40. Chumpitazi CE, Rees CA, Chumpitazi BP, Hsu DC, Doughty CB, Lorin MI. Creation and Assessment of a Bad News Delivery Simulation Curriculum for Pediatric Emergency Medicine Fellows. *Cureus*. 2016;8(5).
41. Ellman MS, Fortin AH, Putnam A, Bia M. Implementing and evaluating a four-year integrated end-of-life care curriculum for medical students. *Teaching and learning in medicine*. 2016;28(2):229-39.
42. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):453-60.
43. Sealed Envelope Ltd. 2012. Power calculator for binary outcome superiority trial. [Online] Disponível em: <https://www.sealedenvelope.com/power/binary-superiority/> [Acessado em 8 Set 2014].
44. OpenEpi - Toolkit Shell for Developing New Applications. [Online] Disponível em: <http://www.openepi.com/Random/Random.htm> [Acessado em 09 Dez 2014].
45. Schoenmakers B, Wens J. The objective structured clinical examination revisited for postgraduate trainees in general practice. *Int J Med Educ*. 2014;5:45-50.
46. Bird J, Cole S. DocCom Module 6: Build a relationship. In American Academy on Communication in Healthcare, Drexel University College of Medicine. DocCom: an interactive learning resource for healthcare communication. [Online] Disponível em <<https://webcampus.drexelmed.edu/doccom/user/>>. [Acessado em 2013 Oct 27].
47. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*. 1977:159-74.
48. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences. Hillside. NJ: Lawrence Earlbaum Associates. 1988.

49. Smith RC, Lyle JS, Mettler J, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Marshall AA, et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med.* 1998;128(2):118-26

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLIDORO ERNANI
DE SÃO THIAGO
DIVISÃO DE CLÍNICA MÉDICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, **Luciana Bonnassis Burg** e minha orientadora, **Profa. Dra. Suely Grosseman**, convidamos você para participar do projeto de pesquisa intitulado: *“Impacto de estratégias de ensino na melhora do desempenho na comunicação de más notícias entre médicos e estudantes de medicina”*.

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a eficácia de técnicas de ensino, incluindo um recurso multimídia (*doc.com*) no desempenho para a comunicação de más notícias (CMN) entre estudantes de medicina do internato da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), médicos residentes de especialidades clínicas do Hospital Universitário da UFSC e médicos residentes do Programa de Saúde da Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), além médicos preceptores da PMF.

O estudo deste tema justifica-se pela necessidade de construir conhecimento no ensino médico das habilidades de comunicação, em especial na difícil, mas frequente tarefa, que é a comunicação de más notícias aos pacientes e familiares, visando melhor formação profissional, humana e promovendo uma relação médico-paciente adequada, o que reflete na saúde das pessoas.

Caso você concorde em participar deste estudo, será solicitada sua presença em dois momentos para a realização do Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECO). O ECO é um instrumento de avaliação prática estruturada em que o avaliado consulta um paciente simulado (não real). Ele tem sido muito utilizado no Brasil e no mundo para avaliar habilidades e competências em diversos aspectos clínicos, inclusive na comunicação na área da saúde. No novo bloco Didático-Pedagógico do Curso de Medicina há um laboratório de habilidades de comunicação, construído especialmente para fazer treinamento de estudantes, residentes e médicos não residentes e a avaliação por meio do ECO. Você realizará a consulta com dois pacientes diferentes, com duração de 5 minutos cada, em sequência, com o objetivo de comunicar

uma má notícia. As consultas serão gravadas e filmadas. Antes do início, você será convidado a responder a um questionário a respeito de seus conhecimentos sobre CMN e como você adquiriu tais conhecimentos dentro da graduação ou residência médica. Caso aceite participar da pesquisa, por meio de sorteio aleatório será definido se você fará parte do Grupo Controle (GC) ou do Grupo Intervenção (GI). Se fizer parte do GI, participará de uma oficina sobre CMN, utilizando estratégias de ensino teóricas e práticas, após o primeiro ECOE. Já no GC, esta oficina será ofertada a você após o segundo momento das consultas simuladas, ou seja, após a realização do segundo ECOE.

Há recursos alternativos para se avaliar a eficácia de um método de ensino, mas a verificação prática do desempenho médico através do ECOE proporciona análise mais fidedigna da aquisição das competências adquiridas.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de sanar dúvidas ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado no prédio da Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094 cep.propesq@contato.ufsc.br.

Você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela decisão. Pode entrar em contato pelo telefone 48 (84013442) ou *e-mail*: luciana.burg@yahoo.com.br ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado na Biblioteca Central da UFSC: (48) 37219206; cep.propesq@contato.ufsc.br.

É garantido o sigilo das informações coletadas, que ficarão num banco de dados, acessível apenas aos pesquisadores do projeto.

Sua participação na pesquisa não lhe acarretará ônus financeiro e não implicará em remuneração.

O risco ao participante pode existir na forma de um desconforto emocional durante as entrevistas com os pacientes simulados; neste caso o participante poderá interromper, solicitar auxílio e/ou se retirar da entrevista e da pesquisa em qualquer momento. Em casos excepcionais, mas previstos, será oferecido suporte psicológico especializado, com garantia de indenização e ressarcimento dos danos.

O benefício da pesquisa será a promoção da formação do médico.

Os resultados serão divulgados em forma de dissertação e em artigo, pôster ou apresentação oral em eventos científicos, mantendo a

confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes. Você também poderá se manter atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, assim que os mesmos forem do conhecimento dos pesquisadores.

Os autores comprometem-se a seguir os preceitos éticos em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n 466 de 12 de dezembro de 2012. O TCLE será oferecido a todos os candidatos que aceitarem participar do estudo.

Dados do Pesquisador:

Luciana Bonnassis Burg Id 3333304

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima/Hospital Universitário – Departamento de Clínica Médica.

Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil Cep.: 88040-900 HU

Email: luciana.burg@yahoo.com.br Telefones: (48) 84013442 (48) 37219140

Dados do Orientador:

Suely Grosseman Id 3307089

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima/Hospital Universitário – Departamento de Pediatria

Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil Cep.: 88040-900 HU

Email: sgrosseman@gmail.com Telefones: (48) 37219538

Consentimento do Voluntário:

.....
RG:

Consentimento pós-informado:

Declaro que concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto de pesquisa “Impacto de estratégias de ensino na melhora do desempenho na comunicação de más notícias entre médicos e estudantes de medicina”, após estar devidamente informado sobre os objetivos do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma das cópias se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.

As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida das finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.

Independentemente deste consentimento, fica assegurado o direito a me retirar da pesquisa em qualquer momento e/ou motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados, dos quais ficarei com os contatos.

Florianópolis, de de

Assinatura do participante

Luciana Bonnassis Burg
(Pesquisadora)

Profa. Dra. Suely Grosseman
(Orientadora)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO I (PRÉ-INTERVENÇÃO)

Por favor, complete este questionário. Todas as respostas serão confidenciais e anônimas. Por favor, designe-se um “apelido” ou pseudônimo, para que possamos ter uma forma de lhe identificar.

Apelido: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Estudante de medicina: Sim ☐ Não ☐ Ano: _____

Residente de medicina: Sim ☐ Não ☐ Ano: _____ Área: _____

Preceptor: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ano de formatura: _____

1. Em relação ao *aprendizado sobre como comunicar más notícias*, responda se você recebeu:

1.1. *Ensino formal* (aulas, seminários, atividades práticas com discussão e supervisão)

1.1.1. Na graduação:

☐ Sim ☐ Não

- Caso sim, por favor, circule a carga horária:

até 1 hora 1,1 a 2hs 2,1 a 4hs 4,1 a 6hs 6 a 10hs mais de 10hs

1.1.2. Na residência:

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

- Caso sim, por favor, circule a carga horária:

até 1 hora 1,1 a 2hs 2,1 a 4hs 4,1 a 6hs 6 a 10hs mais de 10hs

1.1.3. Após a residência:

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

- Caso sim, por favor, circule a carga horária:

até 1 hora 1,1 a 2hs 2,1 a 4hs 4,1 a 6hs 6 a 10hs mais de 10hs

1.2. *Ensino informal* (atividades práticas na rotina do serviço, observação)

Na graduação: ☐ Sim ☐ Não

Na residência: Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Após a residência: Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

2. O quanto você se sente *satisfeito (a)* com a forma como aprendeu a comunicar más notícias?

2.1 Na graduação:

muito insatisfeito(a) insatisfeito(a) satisfeito(a) muito satisfeito(a)

2.2 Na residência:

muito insatisfeito(a) insatisfeito(a) satisfeito(a) muito satisfeito(a)

2.3 Após a residência:

muito insatisfeito(a) insatisfeito(a) satisfeito(a) muito satisfeito(a)

3. O quanto você *se sente confiante para comunicar* más notícias a pacientes/familiares?

nada confiante pouco confiante confiante muito confiante

4. O quanto você *se sente confortável para comunicar* más notícias a pacientes/familiares?

muito desconfortável pouco confortável confortável muito confortável

5. O quanto você *se sente satisfeito* na forma como comunica más notícias a pacientes / familiares?

muito insatisfeito(a) insatisfeito(a) satisfeito(a) muito satisfeito(a)

6. O quanto você *se sente confortável* em lidar com as emoções do paciente/família durante a *comunicação de más notícias*?

muito desconfortável pouco confortável confortável muito confortável

7. Dentro do processo de *comunicação de más notícias* o quanto você *se sente preparado* para comunicar-se com o paciente/família nas situações descritas abaixo:

7.1 Comunicar um diagnóstico novo, que possa ameaçar a vida:

nada preparado pouco preparado bem preparado muito bem preparado

7.2 Comunicar um prognóstico desfavorável:

nada preparado pouco preparado bem preparado muito bem preparado

7.3 Comunicar uma mudança de foco terapêutico curativo para cuidado paliativo:

nada preparado pouco preparado bem preparado muito bem preparado

8. Qual são as suas expectativas quanto à *oficina sobre comunicação de más notícias*?

(espaço abaixo e no verso da folha para resposta).

Obrigada!

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO II (PÓS-INTERVENÇÃO)

Por favor, complete este questionário. Todas as respostas serão confidenciais e anônimas. Por favor, designe-se um “apelido” ou pseudônimo, para que possamos ter uma forma de lhe identificar.

Apelido: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Estudante de medicina: Sim Não Ano: _____

Residente de medicina: Sim ☐ Não Ano: _____ Área: _____

Preceptor: ☐ Sim Não Ano de formatura: _____

I. Após assistir o *módulo online Doc.com* e ter participado da *Oficina de Comunicação de Más notícias* responda:

1. O quanto você *se sente confiante para comunicar* más notícias a pacientes/familiares?

nada confiante pouco confiante ☐ confiante ☐ muito confiante

2. O quanto você *se sente confortável para comunicar* más notícias a pacientes/familiares?

muito desconfortável pouco confortável confortável muito confortável

3. O quanto você *se sente confortável* em lidar com as emoções do paciente/família durante a *comunicação de más notícias*?

muito desconfortável pouco confortável confortável muito confortável

4. No processo de *comunicação de más notícias*, o quanto você *se sente preparado(a)* para comunicar-se com o paciente/família nas situações descritas abaixo:

4.1 Comunicar um diagnóstico novo, que possa ameaçar a vida:

nada preparado(a) pouco preparado(a) bem preparado(a) muito bem preparado(a)

4.2 Comunicar um prognóstico desfavorável:

nada preparado(a) pouco preparado(a) bem preparado(a) muito bem preparado(a)

4.3 Comunicar uma mudança do foco curativo para cuidado paliativo:

nada preparado(a) pouco preparado(a) bem preparado(a) muito bem preparado(a)

II. Em relação ao processo de comunicar más notícias, por favor, em uma escala de 1 a 4, em que 1 representa *nada confiante* e 4 *muito confiante*, circule o número que melhor se adapta a sua resposta sobre o quanto **você se sente confiante** em realizar cada etapa:

1 - nada confiante 2 - pouco confiante 3 - confiante 4 - muito confiante

Checar o que o paciente sabe sobre sua doença	1	2	3	4
Esclarecer o quanto o paciente quer saber sobre sua doença	1	2	3	4
Buscar os valores do paciente, medos e expectativas	1	2	3	4
Reconhecer as emoções do paciente	1	2	3	4
Resumir a conversa e estabelecer um plano compartilhado	1	2	3	4
Dar esperança enquanto revela informações sobre um mau prognóstico	1	2	3	4
Estabelecer parceria	1	2	3	4
Verificar se o paciente tem apoio social	1	2	3	4
Verificar as condições do paciente para a saída da consulta	1	2	3	4

III. Feedback sobre o módulo e a oficina

Em uma escala de 1 a 4, em que 1 representa *discordo totalmente* e 5 *concordo totalmente*, circule o número que melhor se adapta a sua resposta sobre o processo de aprendizagem em comunicação de más notícias que você vivenciou.:

1 - nada confiante 2 - pouco confiante 3 - confiante 4 - muito confiante

1. O <i>Exame Clínico Objetivo Estruturado</i> que realizei antes da oficina foi útil para eu avaliar minhas habilidades de comunicar más notícias ao paciente.	1	2	3	4
2. Ter assistido o <i>módulo doc.com</i> antes da oficina foi proveitoso para minha aprendizagem sobre como comunicar más notícias.	1	2	3	4
4. O <i>Exame Clínico Objetivo Estruturado</i> após a oficina foi um bom método para avaliar meu desempenho na comunicação de más notícias.	1	2	3	4
5. De forma geral, a <i>Oficina de Comunicação de Más</i>	1	2	3	4

<i>Notícias</i> não me ajudou a melhorar minhas habilidades na comunicação de más notícias				
6. De forma geral, a <i>Oficina de Comunicação de Más Notícias</i> estruturou meu conhecimento no tema.	1	2	3	4
7. Após participação neste treinamento, mudarei a forma como comunico más notícias para os pacientes e seus familiares.	1	2	3	4
8. Médicos e estudantes de medicina deveriam receber treinamento em comunicação de más notícias semelhante ao modelo proposto.	1	2	3	4
9. Considerei o processo do treinamento em comunicação de más notícias cansativo.	1	2	3	4
10. Não assisti o módulo doc.com sobre comunicação de más notícias.	1	2	3	4
11. Considerei o treinamento em comunicação de más notícias de pouca utilidade para minha prática.	1	2	3	4

Por favor, em relação ao processo de ensino-aprendizagem vivenciado sobre como comunicar más notícias:

a. O que foi bom?

b. O que pode ser melhorado?

c. Quais são as suas sugestões para fazer esta melhora?

d. O que você planeja aplicar de imediato em sua prática sobre o que aprendeu?

Muito obrigada por sua participação!

APÊNDICE D - FICHA DO EXAMINADOR

Estação de Comunicação de Más Notícias (CMN)

Observador: _____

Participante (n): _____

Ficha de verificação dos “6 passos” na CMN para o OSCE

	S	P	N
<i>I-Preparação</i>			
1. Cumprimenta e se apresenta ao paciente.			
2. Demonstra saber as informações fornecidas.			
3. Contato visual / postura adequada			
<i>II-Percepção</i>			
1. Avalia o que o paciente sabe (motivo dos exames, hipóteses diagnósticas).			
<i>III-Compartilhando informações</i>			
1. Fornece um “aviso” antes de passar a notícia.			
2. Passa as informações de forma clara e concisa.			
3. Faz breve silêncio após a notícia.			
4. Avalia o que o paciente quer saber antes de passar mais informações.			
<i>IV-Respondendo às emoções</i>			
1. Reconhece (demonstrando ao paciente, verbal ou gestual) a emoção.			
2. Legitima a emoção.			
3. Explora as principais preocupações do paciente.			
<i>V-Plano e seguimento</i>			
1. Compartilha perspectivas terapêuticas.			
2. Estabelece parceria.			
3. Verifica condições do paciente para a saída da consulta.			

S – Sim (2), P – Parcialmente (1), N – Não (0)

APÊNDICE E - ESTAÇÕES CLÍNICAS – *OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION (OSCE)*

Doença Infecciosa: **caso HIV**

Situação clínica:

Você atenderá a/o paciente Ana/João, 22 anos, numa consulta de retorno para avaliação de exames. Há um mês consultou por um quadro de diarreia crônica e emagrecimento. Checando os resultados dos exames, você verifica que a sorologia para **anti-HIV é positiva** e precisa comunicar o diagnóstico à/o paciente.

Doença neoplásica: **caso câncer**

Situação clínica:

Você atenderá pela primeira vez a Sra. Maria Rita, 66 anos, que recebeu alta hospitalar a 20 dias após uma internação para tratamento de pneumonia. Nessa ocasião, realizou broncoscopia com biópsia por suspeita de neoplasia associada ao quadro infeccioso. Foi sua terceira internação por pneumonia este ano.

A paciente foi orientada a retornar em consulta ambulatorial para saber o resultado da biópsia pulmonar. Você constata no prontuário que o laudo do exame revelou **adenocarcinoma de pulmão** e precisará transmitir o diagnóstico.

ANEXO

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto de Estratégias de Ensino na Melhora do Desempenho na Comunicação de Más Notícias entre Médicos e Estudantes de Medicina.

Pesquisador: Suely Grosseman

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33292114.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 764.508

Data da Relatoria: 25/08/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado "Impacto de Estratégias de Ensino na Melhora do Desempenho na Comunicação de Más Notícias entre Médicos e Estudantes de Medicina" trata-se de um projeto de pesquisa do Curso de Medicina da UFSC que visa "avaliar os efeitos de uma intervenção (conjunto de modalidades de ensino) no desempenho de médicos e estudantes de medicina na comunicação de más notícias (CMN)". Serão convidados a participar do estudo 44 residentes de especialidades clínicas do HU-UFSC e MFC; 24 internos do curso de medicina HU-UFSC; e 12 preceptores MFC, perfazendo um total de 80 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Este estudo pretende avaliar os efeitos de uma intervenção (conjunto de modalidades de ensino) no desempenho dos médicos e estudantes de medicina na comunicação de más notícias (CMN).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nessa versão foram acrescentados os riscos do estudo e as medidas tomadas para minimizá-los.

No que se refere aos benefícios da pesquisa observa-se que "Os benefícios para os participantes será a aprendizagem sobre como dar más notícias" e "a melhor formação profissional humana e promovendo uma relação médico-paciente adequada, o que reflete na saúde das pessoas".

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9205 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 764.508

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante, bem delineada, que poderá trazer benefícios tanto para a área em questão como para a sociedade como um todo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações do parecer consubstanciado anterior foram atendidas, sendo que, nessa versão, todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "Impacto de Estratégias de Ensino na Melhora do Desempenho na Comunicação de Más Notícias entre Médicos e Estudantes de Medicina" deve ser considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 25 de Agosto de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B

Imprimir

<https://br-mg5.mail.yahoo.com/neo/launch?.rand=1d1836h7i8omg#268...>

Assunto: A manuscript number has been assigned to your Academic Medicine submission

De: Academic Medicine (em@editorialmanager.com)

Para: luciana.burg@yahoo.com.br;

Data: Terça-feira, 22 de Novembro de 2016 12:35

11/22/2016

Dear Dr Burg,

Your submission entitled "Improving medical students' and residents' communication skills for delivering bad news: a randomized controlled study" has been assigned the following manuscript number: AcadMed-D-16-01897.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author.

<http://acadmed.edmgr.com/>

Your username is: Bililu

Your password is: available at this link http://acadmed.edmgr.com/Default.aspx?pg=accountFinder.aspx&firstname=Luciana&lastname=Burg&email_address=Luciana.burg@yahoo.com.br

Thank you for submitting your work to Academic Medicine.

Kind Regards,

Editorial Staff
Academic Medicine

Academic Medicine

Improving medical students' and residents' communication skills for delivering bad news: a randomized controlled study

–Manuscript Draft–

Manuscript Number:	AcadMed-D-16-01897
Full Title:	Improving medical students' and residents' communication skills for delivering bad news: a randomized controlled study
Article Type:	Article
Corresponding Author:	Luciana Bonnassiss Burg, M.D Universidade Federal de Santa Catarina Florianopolis, Santa Catarina BRAZIL
Corresponding Author Secondary Information:	
Corresponding Author's Institution:	Universidade Federal de Santa Catarina
Corresponding Author's Secondary Institution:	
First Author:	Luciana Bonnassiss Burg, M.D
First Author Secondary Information:	
Order of Authors:	Luciana Bonnassiss Burg, M.D Flavia del Castanhel Suely Grosseman, MD, PhD.
Order of Authors Secondary Information:	
Manuscript Region of Origin:	BRAZIL
Abstract:	<p>Purpose: Medical students (MS) and residents (MR) are poorly prepared for Delivering Bad News (DBN) and communication skills can facilitate this task. Controlled and randomized studies are needed to evaluate the effect on their performance, especially in novices. The purpose of this study was to evaluate the effective of an intervention to train MS and MR for DBN, combining an online multimedia program (DocCom) and a workshop.</p> <p>Method: Pre-post intervention randomized controlled study with MS during clerkship and MR in South Brazil. There were 43 participants in the intervention group (GI) and 41 in the control group (CG) The intervention consisted of watching DocCom module 33, followed by a workshop with discussion in small groups and role-play. The outcome was the performance to DBN in Objective Structural Clinical Examination, rated from videos with a checklist. Data analysis used descriptive statistics, kappa, alpha-Cronbach, factor analysis, mixed between-within subjects analysis of variance and Pearson correlation coefficient.</p> <p>Results: The factor analysis identified two principal components: specific communication skills for DBN (F1) and communication skills for general medical consultation (F2). GI showed improvement in overall performance after intervention ($p = .000$; $\eta^2 = .8$) compared to CG. The intervention effect was larger in F1 among MS than in MR (.5 vs. 4), moderate in F2 for MR (.1), and none for MS. No association was found between performance and other variables.</p> <p>Conclusion: The intervention to train participants for DBN was effective with large effect in communication skills to DBN, especially among MS.</p>
Suggested Reviewers:	Rosana Alves rosana.medufjr@gmail.com
Opposed Reviewers:	